

## ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ ОПЕРАЦІЙ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ ТА ПРОФІЛАКТИКА СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

*Є.В. Коханевич, Й.Я. Геревич, А.А. Суханова,  
С.В. Дудка, В.В. Конопляко, Р.М. Міцодя*

м. Київ

У зв'язку з стабільно високою перинатальною летальністю, в пошуках шляхів її зниження на Оренбурзькому пленумі в 1979 р. було прийнято рішення, на основі якого значно розширились відносні показання до хірургічного розродження методом операції кесарського розтину.

Однак багаторічний досвід показав, що завищення відсотку кесарського розтину не призвело до покращання перинатальних показників, ускладнення ж у породілль значно зросли. Летальність новонароджених після операції кесарський розтин, за даними різних авторів, висока /56-76%/. Перш за все у зв'язку з порушенням механізмів адаптації новонароджених. Як переконливо показали роботи Agata Y. et al. /1995 г./, Nielsen T. et al /1994 г./ та ін., при абдомінальному розродженні грудна клітина плода механічно не стиснується, у зв'язку з чим не видавлюється амніотична рідина з легень, бронхів та трахеї; крім того, доведено, що толерантність до кардіоваскулярних змін в ранньому неонатальному періоді після кесарського розтину значно знижена у зв'язку з низьким рівнем концентрації епінефріна та норепінефріна в незначній артерії, порівняно з таким після пологів через природні пологові шляхи.

Ризик материнської смертності за даними Чернухи Є.А. /1991 р./ після кесарського розтину збільшується в 10 разів, порівняно з пологами через природні пологові шляхи. Краснопольський В.І. та співавт. /1997 р./ показали, що основними причинами материнської смертності після кесарського розтину є септичні ускладнення, що не мають тенденції до зниження, незважаючи на удосконалення методів операції та лікування в післяопераційному періоді.

У зв'язку з цим в усьому світі зараз переглядаються показання до операції кесарського розтину в інтересах плода /Абрамченко В.В., 1996; Nielsen et. al. 1994/. Але критичний аналіз значної кількості робіт не дозволяє говорити про однаковість авторів в вирішенні цього питання.

Мета нашого дослідження в тому, щоб удосконалити методики проведення пологів і знизити частоту операцій кесарського розтину та покращити профілактику септичних ускладнень в пологах.

Для вирішення цієї проблеми ми провели аналіз 26.231 пологів, з них 2051 операцію кесарського розтину за 9 років роботи пологового будинку № 4 м.Києва. При цьому вивчили структуру показань до оперативних розроджень та факторів ризику, зіставили показники материнських та перинатальних втрат залежно від методів розродження. В останні роки втілили вдосконалені методи регуляції пологової діяльності, розробили та використали нові методи профілактики септичних ускладнень.

Проаналізувавши показання до розродження методом кесарського розтину, ми прийшли до висновку, що найбільш частими з них є аномалії

пологової діяльності /не коригована слабкість родової діяльності при 6-8 часовому безводному періоді/ - 21-25% та рубець на матці 15-16%.

При співставленні у різні роки частоти кесарського розтину та відсотка перинатальної летальності ми отримали такі результати: в роки значної частоти кесарського розтину /11-12%/ мала місце найбільш висока перинатальна летальність /28,5%/, материнська летальність склала 0,19%.

При зниженні відсотка кесарського розтину до 7,8%-5,7% материнської смертності не було, а перинатальна смертність знизилась до 13,8%. Крім того, втілення нових методів профілактики септичних захворювань на фоні зниженого відсотка оперативного розродження сприяло зменшенню кількості післяопераційних гнійно-септичних ускладнень з 32,5% до 12,1%.

Впровадження удосконаленої методики лікування слабкості родової діяльності та нових методів профілактики гнійно-септичних ускладнень дозволили знизити відсоток оперативного розродження, покращити показники материнської та перинатальної захворюваності й смертності.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов. - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1996. - 668 с.
2. *Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логотова Л.С., Буянова С.Н., Аксенов А.Н., Щепатов В.В., Озол А.Л.* Кесарево сечение. М.: Медицина, 1997. - 285 с.
3. *Чернуха Е.А.* Родовой блок. М.: Медицина, 1991. - 189 с.
4. *Agata Y., Haraiishi S., Misawa H et al.* (1995) Hemodynamic adaptations at birth and neonates delivered vaginally and by Cesarean section. *Biology of the Neonate*. 68(6): 404-11.
5. *Nielsen T. F., Olausson P.O., Ingemarsson I.* (1994) The cesarean section in Sweden: the end of the rise. *Birth*, 21(1): 34-8.

## КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН У ВІКОВИХ ПЕРВІСТОК

*О.В.Кравченко, С.Є.Косилова*

м. Чернівці

В сучасному акушерстві все більшого значення набувають відносні показання до кесарського розтину[1]. Серед них певне місце займає поєднання гестаційних і пологових ускладнень з віком жінки. Вікові первістки, яким проведено кесарський розтин, за нашими даними складають 41,3% в структурі прооперованих.

В зв'язку з цим метою нашої роботи було проаналізувати особливості гестаційних ускладнень та ускладнень в пологах, що призвели до оперативного розродження у вікових первісток, а також визначити рівень патологічного перебігу післяопераційного періоду у цієї групи жінок.

В досліджувану групу ввійшли 200 жінок від 25 до 41 року, в яких проведені перші роди оперативним шляхом. Середній вік жінок даної групи становив 32 роки. Причому 46% обстежених мали вік 25-30 років і 54% - були старше 30 років. Службовці серед вікових первісток склали 50%, робітниці - 16%, домогосподарки -34%. Заміжніх жінок було 86%, одинокі становили 14%. Звертає на себе увагу, що майже у 2/3 жінок старшого віку діагностувалась